|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Ansprechperson: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Aktenzeichen: […]

**Rentengutachten**

**– Rente nach Gesamtvergütung**

Auftrag vom […]

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

|  |  |
| --- | --- |
| A. Vorgeschichte | |
| 1. | Art der Verletzung (Diagnose des unfallbedingten Gesundheits**erst**schadens entsprechend den Grundlagen der ersten Rentenfeststellung): |
|  | […] |
| 2. | Krankheitsverlauf seit der ersten Rentenfeststellung: |
|  | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung | |
| 1. | **Klagen** der versicherten Person: |
|  | […] |
| 2. | **Allgemeinzustand** (kurze Schilderung mit Körpergröße und Gewicht): |
|  | […] |
| 3. | **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich): |
|  | […] |
| 4. | Stehen **Klagen** und **Befund** in **Übereinstimmung**? |
|  | […] |
| 5. | Kurze Zusammenfassung der **wesentlichen** Unfallfolgen mit ihren **funktionellen** Einschränkungen: |
|  | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 6. | **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle: |
|  | […] |
| 7. | **Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen:** Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist unabhängig von der früheren Feststellung zu schätzen; ein Änderungsnachweis ist nicht erforderlich. |
| 7.1 | Wie hoch wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit vom Tage nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraums bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt? |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Vom | […] | bis | […] |  | […] | %. | | Vom | […] | bis | […] |  | […] | %. | | Vom | […] | bis | […] |  | […] | %. | | Vom | […] | bis | […] |  | […] | %. | |
| 7.2 | In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich noch bestehen? |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Vom | […] | bis | […] |  | […] | %. | |
| 8. | Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern/ verschlechtern wird (z. B. durch Änderung des objektiven funktionellen Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, durch Heilverfahren)? |
|  | […] |
|  | Wenn ja, ab wann voraussichtlich? |
|  | […] |
| C. Weitere medizinische Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe | |
| 1. | Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person weiter verbessert werden?  Nein  Ja Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen? |
|  | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmitteln werden folgende Vorschläge gemacht: | | |
|  | […] | | |
| 2. | Welche berufliche Tätigkeit übt die versicherte Person derzeit aus? Bestehen wegen der Unfallfolgen Einschränkungen bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit, ggf. welche? | | |
|  | […] | | |
| 3. | Gibt es Hinweise, dass unfallbedingt Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt wird?  Nein  Ja | | |
| 4. | Gibt es Hinweise, dass Hilfen zur Verbesserung der Sozialen Teilhabe erforderlich sind, ggf. welche und in welchem Bereich? | | |
|  | […] | | |
| 5. | Sonstige Bemerkungen | | |
|  | […] | | |
| Tag der Untersuchung: […] | | | |
| Die versicherte Person erschien um […] Uhr, entlassen um […] Uhr. | | | |
|  | | | |
| Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet. | | | |
|  | | | |
| Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.  Nein  Ja | | | |
| […] | |  |  | |
| Ort, Datum | |  | **Institutionskennzeichen (IK)** | |
| […] | |  | […]  **Falls kein IK** - Bankverbindung (IBAN) - | |
| Unterschrift der beauftragten Gutachterin/ des beauftragten Gutachters | |  |  | |